Le diabète et la maladie

Isabelle Labonté, M.D., FRCP

Dans ces quelques pages, nous tenterons de vous expliquer pourquoi et comment la maladie peut avoir une incidence sur votre diabète.

- Influence sur l'appétit
- L'hyperglycémie : un signe de maladie
- Incapacité à s'alimenter
- Jeûne pour investigation
- Gain ou perte de poids significatifs
- Médication
- Stress physique intense
- Insuffisance rénale ou hépatique

INFLUENCE SUR L'APPÉTIT

Nous savons qu'il existe une étroite relation entre la quantité et la qualité de l'alimentation et le contrôle du diabète. Votre traitement a d'ailleurs été établi dans votre milieu de vie afin qu'il soit mieux approprié.

Certaines maladies telles que le cancer ou la dépression se caractérisent par une perte d'appétit. Si vous en êtes affectés, vos apports alimentaires changeront et le traitement de votre diabète sera vraisemblablement trop intense. Vous risquerez alors de faire de l'hypoglycémie.

En présence du cancer, l'appétit est fréquemment diminué ou perdu. Cette diminution, appelée anorexie, est provoquée par la maladie ou son traitement. Les causes de l'anorexie sont nombreuses. Elle peut être d'origine mécanique par stase (stagnation) alimentaire au niveau de l'estomac ou de l'intestin par compression extérieure ou en raison d'effets secondaires de certains médicaments employés, par exemple les narcotiques. L'activité (métabolisme) du cancer active la production des lactates dans le sang et ces derniers peuvent par leur action biologique entraîner une anorexie. Une modification du goût ou même certains dégoûts peuvent s'installer et entraîner une baisse d'apport alimentaire. Il s'agit d'un syndrome paranéoplasique.

Par ailleurs, la chimiothérapie ou la radiothérapie elles-mêmes peuvent moduler le goût des aliments, créer des aversions alimentaires ou provoquer des nausées et des vomissements. En outre, certaines chimiothérapies peuvent provoquer des ulcérations au niveau de la bouche ou de l'œsophage entraînant des douleurs lors de la prise de certains aliments (acides surtout). Des infections à champignons (mycoses) favorisées par certains agents de chimiothérapie (cortisone) ou par la baisse des globules blancs postchimiothérapie peuvent aussi compliquer les choses.

La cortisone fait partie du traitement de certains cancers et peut augmenter l'appétit et ainsi influencer le contrôle du diabète. L'anxiété ou la dépression accompagnent souvent le vécu d'un patient atteint de cancer et peuvent être contributoires dans les modifications de l'appétit.

L'AUGMENTATION DES GLYCÉMIES : UN SIGNE D'UNE AUTRE MALADIE QUE LE DIABÈTE

Une augmentation soutenue des glycémies chez un patient porteur d'un diabète de type 2 peut être le signe annonciateur d'un autre problème de santé.

Une des causes fréquentes de la montée inattendue et soutenue des glycémies est évidemment une erreur médicamenteuse. Vous pouvez oublier de prendre la médication ou votre insuline ou encore en réduire de façon involontaire les doses.

Point pratique

En présence d'un débalancement soutenu et soudain de vos glycémies, il faut songer à la présence possible d'une infection et consulter votre médecin rapidement à ce sujet si vous êtes certain qu'il n'y a pas d'erreur dans la prise de votre insuline ou de vos médicaments hypoglycémiants oraux.

Votre médecin fera probablement une culture de vos urines et fera un examen de votre gorge, des aires génitales et de votre poumon à la recherche d'une infection cachée.

Une autre cause serait la présence d'une infection plus ou moins cachée. Par exemple, une infection des aires génitales (vaginite chez la femme ou infection de la peau du gland du pénis chez l'homme) découle de la présence d'un champignon (le *Candida Albicans*). Les infections à *Candida Albicans* sont favorisées par des glycémies élevées et en retour débalancent grandement ces mêmes glycémies. La même chose pourrait découler de certaines infections de l'œsophage (le conduit alimentaire qui va de la gorge à l'estomac).

Chez plusieurs diabétiques âgés, les infections graves peuvent survenir sans même la présence de fièvre. Il n'est pas rare de rencontrer des patients aux prises avec une infection urinaire ou même une pneumonie dont le seul signe d'alerte de présence d'une infection est le débalancement des glycémies.

INCAPACITÉ À S'ALIMENTER

Parfois, certaines maladies peuvent vous faire vomir (par exemple la gastro-entérite) et il vous sera ainsi impossible de vous alimenter. Il faudra réajuster nécessairement votre traitement diabétique. Dans ces circonstances, il devient primordial de faire des glycémies capillaires fréquemment.

Si le diabète est traité par des comprimés, vous devrez possiblement diminuer le nombre de comprimés, voire les arrêter transitoirement. Les sulfonylurées et autres stimulants de la sécrétion d'insuline peuvent, dans ces circonstances, devenir la cause d'une hypoglycémie sévère, car ils conti-

nuent d'abaisser les taux de sucre sanguins même si les taux sont déjà bas. Il faut demeurer vigilant au regard de l'hypoglycémie, même si vous cessez de prendre vos médicaments oraux pour le diabète, car certains (comme le glyburide Diabéta[MD]) continuent d'agir jusqu'à 24 heures après leur arrêt.

Si le diabète est traité par l'insuline, il faudra probablement diminuer les doses. La réponse à l'insuline durant les maladies accompagnées d'une diminution des apports alimentaires est variable d'un patient à l'autre. L'infection ou la maladie peut causer une augmentation de la résistance à l'insuline et donc augmenter les glycémies. D'un autre côté, les nausées, les vomissements et la perte d'appétit qui accompagnent bien des maladies peuvent faire baisser les apports alimentaires et donc diminuer les besoins en insuline.

C'est donc l'équilibre entre l'augmentation de la résistance à l'action de l'insuline et la baisse des apports alimentaires qui déterminera chez chacun des diabétiques malades l'effet sur les glycémies et les besoins en médicaments hypoglycémiants ou insuline.

Donc, lorsque la maladie s'installe, il faut mesurer fréquemment vos glycémies et continuer autant qu'il est possible vos apports en liquides (eau). Si les glycémies sont normales ou basses et que vous n'êtes pas capables de vous alimenter, il est préférable tout d'abord de diminuer de façon draconienne votre insuline à longue et à courte action, vos médicaments comme le glyburide ou le gliclazide (Diabéta[MD] ou Diamicron[MD]) et de voir dans les heures qui suivent si les glycémies se maintiennent à la normale ou s'élèvent. Si les glycémies sont anormalement basses et que vous êtes incapables de boire et de les corriger, il faut vous faire conduire à l'urgence pour recevoir un soluté sucré. Si les glycémies sont très élevées, avant de modifier votre insuline, vous devriez entrer en contact avec votre médecin ou l'infirmière en diabète du centre jour du diabète ou de GMF (Groupe de médecine de famille) pour recevoir des renseignements appropriés. Si votre équipe traitante habituelle ne peut être jointe, un appel à Info-Santé peut être utile.

Il est donc difficile de généraliser un plan d'action concernant l'insuline en cas de maladie. Chaque personne et chaque situation sont différentes et nécessitent une intervention calibrée individuellement selon le profil des glycémies mesurées à intervalles rapprochés.

JEÛNE POUR INVESTIGATION

Votre médecin vous demande à l'occasion de subir certains tests (prise de sang, tomographie axiale, étude barytée, etc.) qui nécessiteront un jeûne. Il sera donc important cette journée-là d'ajuster votre traitement. Tant que vous serez à jeun, vous ne devrez pas prendre votre médication orale. Il est aussi recommandé lors d'examens avec contraste iodé de suspendre la metformine pendant 48 heures. Si vous êtes traité par insuline, vous devrez suspendre l'insuline à action rapide (Humulin R ou Novolin Toronto) ou ultrarapide (Apidra[MD], Humalog[MD] ou Novo-rapide[MD]), mais vous pourrez vous administrer une demi-dose d'insuline intermédiaire (exemple Humulin N ou Novolin NPH) ou une pleine dose d'insuline basale (Lantus[MD] ou Levemir[MD]).

Dans les cas d'examens à jeun, les patients qui prennent régulièrement de l'insuline à longue action (N, Levemir[MD], Lantus[MD]) ou des sulfonylurées (glyburide Diabéta[MD], glicazide Diamicron[MD]) devront recevoir en plus durant la période de jeûne un soluté sucré par voie intraveineuse jusqu'à la reprise de l'alimentation. Ils devront donc se présenter bien avant l'examen, tôt le matin à l'hôpital pour qu'on leur installe un soluté sucré (voie intraveineuse).

Le cas de Marie

Marie doit subir une coronarographie cardiaque (cathétérisme cardiaque) pour le traitement de son angine. Son examen à jeun se fera à 10 h le matin et elle pourra recommencer à manger vers 14 h.

Elle prend :

Glyburide (Diabeta[MD]) 10 mg deux fois par jour
Metformine (Glucophage[MD]) 500 mg deux fois par jour
Insuline glargine (Lantus [MD]) 10 unités au coucher.

Pour éviter les variations trop importantes des glycémies, son équipe lui suggère ce qui suit :

- La veille de l'examen, elle doit prendre sa médication orale sauf la metformine (pour éviter l'accumulation de ce dernier médicament dans le cas d'insuffisance rénale potentiellement provoquée par le produit de contraste (iode) injecté durant l'examen).
- Elle doit prendre son insuline et son glyburide normalement la veille de l'examen.
- Comme le glyburide et la glargine (Lantus[MD]) pris la veille continuent d'agir pendant plus de 24 heures, l'équipe traitante prévoit un soluté sucré qui sera installé tôt le matin à l'hôpital et sera poursuivi jusqu'à la reprise de l'alimentation. Les glycémies seront mesurées fréquemment par les infirmières.
- Au souper suivant la procédure, Marie reprendra sa médication et son insuline comme elle le fait habituellement.

GAIN OU PERTE DE POIDS SIGNIFICATIFS

Le poids influence le métabolisme du glucose. Lorsque l'on a un surplus de poids, il s'installe une insulino-résistance. Les récepteurs de l'insuline dans les différents organes du corps réagissent moins à l'insuline. Il faudrait donc plus d'insuline pour produire le même effet qu'avant le gain de poids. Chez bien des diabétiques, la capacité de sécréter plus d'insuline est limitée, les glycémies s'élèvent et le contrôle du diabète est perdu… Il devient donc facile de comprendre que les doses d'insuline nécessaires au bon contrôle du diabète dépendent en grande partie du poids du patient.

Certains médicaments oraux utilisés pour traiter le diabète s'attaquent justement à ce problème. On les appelle les sensibilisateurs à l'insuline. Ce sont entre autres la metformine et les thiazolidinediones (Actos[MD]).

Donc, un changement significatif du poids (soit environ 10 %), qui pourrait survenir lors d'une maladie importante ou en relation avec son traitement, aura une incidence sur le contrôle du diabète. Ainsi, un gain de

poids important pourrait nécessiter un ajustement à la hausse de la médication ou des doses d'insuline et une perte de poids significative pourrait conduire à la nécessité de réduire le traitement pour éviter l'hypoglycémie.

MÉDICATION

Certains médicaments ont une incidence sur le diabète. Ils peuvent parfois le débalancer ou parfois même l'engendrer.

Les antipsychotiques atypiques

En psychiatrie, pour le traitement de la psychose, on a souvent recours à une classe de médicaments appelés antipsychotiques atypiques. Certains de ces médicaments semblent reliés à l'apparition parfois brutale du diabète (l'olanzapine et la clozapine).

Les patients atteints de psychose ont plus de chance de voir apparaître le diabète que la population en général. Il est certain que le gain de poids entraîné par ces médicaments est une des explications reliant les antipsychotiques atypiques et le diabète. Toutefois, de nombreux cas d'apparition brutale du diabète ont été rapportés dans la littérature.

Certains de ces cas semblent secondaires à l'absence de suivi de la glycémie par les patients eux-mêmes ou par leur équipe soignante en psychiatrie. Conscients de ces déficiences, les centres de soins psychiatriques ont mieux structuré le suivi des patients. On tente maintenant d'identifier les patients plus à risque de présenter du diabète, ce qui peut influencer le choix de médicaments pour la psychose. De plus, on donne des conseils alimentaires de prévention du diabète. Un suivi du poids est systématiquement fait de même que la mesure des glycémies.

Le patient qui voit apparaître un diabète ou gagne du poids avec des antipsychotiques atypiques ne devrait jamais cesser de son propre chef de prendre sa médication. L'arrêt des médicaments peut avoir des conséquences graves dont la rechute de la psychose ou l'apparition de comportements

violents ou suicidaires. En considérant l'ensemble du traitement et l'histoire médicamenteuse de son patient, le psychiatre pourra cependant décider de changer de traitement antipsychotique, ce qui pourra amener une amélioration des glycémies ou un contrôle du poids plus facile.

La cortisone

La prise de cortisone entraîne une détérioration des glycémies chez le patient déjà diabétique et peut causer l'apparition du diabète chez ceux qui ne le sont pas encore. Des doses de plus de 5 mg par jour de prednisone sont associées à des montées de glycémies.

Vous remarquerez ainsi qu'au dîner et au souper vos glycémies vont s'élever alors que les glycémies du matin pourront rester entièrement normales.

La cortisone entraîne une augmentation de la résistance à l'action de l'insuline au niveau des tissus. De plus, une prise de cortisone peut s'accompagner d'un gain de poids significatif.

Si vos glycémies s'élèvent avec la cortisone, vous ne devriez jamais cesser par vous-mêmes de l'utiliser. En effet, la cortisone est souvent le seul traitement rapidement efficace pour amener une amélioration de maladies graves comme l'asthme, l'arthrite, les maladies inflammatoires intestinales comme la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse. **L'arrêt brusque de la cortisone peut donc entraîner une aggravation rapide et brutale de ces autres maladies et peut être potentiellement mortelle**. De plus, la prise de cortisone ne devrait pas être cessée sans assistance médicale pour une autre raison : le risque de sevrage. Après plusieurs semaines d'exposition à la cortisone, le corps en devient dépendant et un retrait brusque peut amener nausées, vomissements, douleurs abdominales, hypotension et choc (baisse sérieuse de la tension artérielle).

Toutefois, il peut exister des solutions de rechange au traitement par cortisone dans bien de ces conditions. Par exemple, dans le cas d'arthrite rhumatoïde, il existe des médicaments comme les anti-inflammatoires, les agents immunomodulateurs comme le méthotrexate ou les agents dits biologiques qui permettent de mieux contrôler la maladie et de réduire ou de cesser après un certain temps la prise de cortisone. Il ne faut donc pas

craindre de discuter avec votre médecin des autres options si la cortisone a entraîné une détérioration de votre diabète.

Le cas de Jocelyne

Jocelyne est diabétique de type 2 et sa maladie est bien contrôlée avec de la metformine 500 mg deux fois par jour. Elle a été hospitalisée à la suite d'une pneumonie qui a aggravé son asthme.

De retour à la maison, elle fait des tests de glycémie plus fréquemment. Son médecin lui a prescrit de fortes doses de prednisone 50 mg tous les jours, pendant 7 jours, et par la suite les doses devraient diminuer lentement sur une période de 4 semaines.

Ses glycémies l'inquiètent :

Déjeuner : 7 mmol/l
Midi : 18 mmol/l
Souper : 22,4 mmol/l
Coucher : 14,6 mmol/l

Vous avez sans doute remarqué deux choses : les glycémies du midi, du souper et au coucher sont élevées. Celle du matin est presque normale. Pourquoi ?

La prednisone n'augmente généralement pas les glycémies du matin. Elle a une courte durée d'action dans l'organisme (moins de 18 heures). Donc, les glycémies du matin au réveil seront peu influencées, car l'action métabolique de l'insuline s'est dissipée. Toutefois, pendant le reste de la journée, la prednisone est pleinement active, ce qui explique la montée des glycémies en après-midi et au coucher.

Comment gérer l'hyperglycémie due à la prednisone ?

1) Il faut s'assurer de bien s'hydrater durant le jour avec de l'eau. Ce moyen est efficace pour diminuer les glycémies.

2) Il ne faut jamais décider de cesser soi-même la prise de cortisone pour « régler » le problème des glycémies.

3) L'augmentation des doses de metformine est peu efficace pour diminuer les glycémies élevées par la prise de cortisone.

4) L'ajout de sulfonylurées de longue action comme le glyburide (Diabeta[MD]) et le gliclazide (Diamicron[MD]) peut aider à stabiliser les glycémies, mais risque fort de provoquer des hypoglycémies le matin parce que ces médicaments ont une trop longue durée d'action.

5) Une solution parfois utile est l'ajout de sécrétagogue à courte action pris le matin, le midi et au souper (exemple, le gluconorm (Repaglinide[MD]) ou la tolbutamide (Mobénol[MD]). Ces deux médicaments ne provoqueront pas d'hypoglycémie au réveil, car ils ont une durée d'action de moins de 6 heures.

6) L'ajout temporaire (durant le temps de la corticothérapie) d'une dose d'insuline à durée intermédiaire (insuline N) injectée le matin au déjeuner est une solution éprouvée. Il faut s'injecter l'insuline N le matin, même si la glycémie du matin est normale. En effet, l'action de l'insuline N se fait sentir surtout en milieu et en fin d'après-midi et va donc coïncider avec la montée des glycémies secondaires à la prise de la cortisone.

7) La dernière solution est celle de l'ajout de petites doses d'insuline régulière ou ultrarapide à chaque repas usuel. Ces insulines ont une durée d'action de 4 à 6 heures et permettent, si elles sont prises le matin, d'éviter la montée des glycémies du midi. Prises le midi, elles éviteront la montée des glycémies au souper et données au souper, elles éviteront la montée des glycémies de soirée.

Comme l'insuline sera donnée temporairement (durant le temps de la prise de cortisone), il peut être avantageux de se procurer l'insuline sous forme de stylos jetables, dont le mode d'emploi peut être enseigné en quelques minutes par l'infirmière avant le départ de la clinique ou de l'hôpital.

Revenons au cas de Jocelyne. Elle a rencontré son infirmière au GMF et elles ont décidé de prendre de petites doses d'insuline régulière à

chaque repas (6 unités). Les doses d'insuline seront diminuées avec la baisse de la prise de prednisone au cours des prochaines semaines.

	INSULINE		GLYCÉMIES
	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 2
Déjeuner :	7,0 mmol/l	6 unités d'insuline R	6,0 mmol /l
Midi :	18,0 mmol/l	6 unités d'insuline R	9,4 mmol/l
Souper :	22,4 mmol/l	6 unités d'insuline R	11 mmol/l
Coucher	14,6 mmol/l		8,3 mmol/l

Jocelyne est satisfaite. Les glycémies sont beaucoup moins élevées. Elle comprend que sous cortisone il n'est pas possible d'avoir un aussi bon contrôle qu'à l'habitude. Elle va entrer en contact avec son infirmière du GMF pour l'ajustement de l'insuline avec la baisse de prise de cortisone prévue d'ici une semaine.

LES MÉDICAMENTS CONTRE LE REJET DE GREFFE

Les greffes cardiaques, rénales, hépatiques ou pulmonaires sont maintenant des procédures courantes dans les centres universitaires au Québec. La greffe en soi est une des percées technologiques les plus spectaculaires de la médecine du XX^{e} siècle. Toutefois, pour empêcher le rejet des greffes, on doit utiliser des médicaments antirejets. Certains de ces médicaments antirejets peuvent entraîner une baisse rapide de la sécrétion d'insuline.

Parmi les médicaments antirejets, la classe des antiprotéases (par exemple, le tacrolimus ou le sirolimus) est associée à des baisses très significatives de la sécrétion d'insuline. On peut assister au début à une augmentation isolée des glycémies après les repas. D'autres patients voient carrément l'apparition d'un diabète avec tous les symptômes classiques de la maladie (perte de poids, soif, etc.). Plusieurs patients greffés ont aussi besoin d'avoir pendant de longues périodes des doses de cortisone, ce qui aggrave le problème.

D'autres médicaments antirejets ne semblent pas associés à l'apparition du diabète (exemple la cyclosporine ou l'azathioprine).

LES ANTIHYPERTENSEURS

Plusieurs patients doivent prendre toute leur vie des médicaments pour le traitement de l'hypertension. Les études touchant de grandes populations de patients prenant certains antihypertenseurs semblent démontrer un risque plus élevé de diabète avec les diurétiques et les bêta-bloqueurs. Toutefois, entre le risque faible d'apparition du diabète et les bienfaits d'un traitement adéquat de la tension artérielle avec ces médicaments, il est évident qu'il faut choisir un contrôle adéquat de la tension artérielle.

Cependant, comme des solutions de rechange existent, un patient à plus haut risque d'être atteint du diabète (exemple : poids plus élevé que la moyenne, histoire familiale de diabète, glycémies à jeun entre 5,5 et 7 mmol/l) devrait probablement discuter avec son médecin d'autres possibilités pour le traitement de son hypertension. Par exemple, les médicaments comme les bloquants des récepteurs de l'angiotensine 2 (BRAS), les bloquants calciques ou les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (les IEAC's) n'augmentent pas le risque du diabète.

Stress physique intense

Lors d'une grave maladie (infarctus, AVC, choc septique, infection, chirurgie), plusieurs hormones et des molécules inflammatoires sont produites. Ces diverses molécules pro-inflammatoires (TNF alpha, Interleukine 1 et 6,...) amènent une augmentation d'hormones de contre-régulation (adrénaline, cortisone) et elles créent aussi une insulino-résistance en affectant directement les récepteurs insuliniques dans les tissus (muscles, tissus adipeux, cœur).

Ainsi, même chez les non-diabétiques, on peut voir s'élever la glycémie dans des conditions aiguës (diabète de stress). L'hyperglycémie est un facteur de mauvais pronostic lors d'un AVC, d'un évènement cardiaque aigu (infarctus, angine instable) ou d'un choc septique. Cependant, même si on croit qu'une normo-glycémie pourrait être bénéfique, on ne sait pas encore de façon claire quand et à combien on doit abaisser la glycémie.

Le chapitre du présent ouvrage rédigé par le Dr François Dubé et portant sur l'autogestion de votre diabète en cas d'hospitalisation vous donne des

informations supplémentaires sur le contrôle du diabète en cas de maladies aiguës nécessitant l'hospitalisation.

Insuffisance rénale ou hépatique

eGFR

L'eGFR est calculé simplement à partir de la mesure du taux de créatinine lors d'une analyse sanguine, de routine, ce qui permet de dériver la capacité restante du rein, atteinte par le diabète, l'âge, l'hypertension ou d'autres maladies.

Savez-vous votre taux d'eGFR ?

Le fonctionnement des reins et du foie nous préoccupe dans l'ajustement du traitement du diabète. Certains médicaments ont une élimination rénale ou hépatique. Lorsque la fonction rénale ou hépatique est inadéquate et diminuée, il faut choisir certains médicaments plutôt que d'autres ou ajuster les doses à la baisse.

En cas d'insuffisance rénale, il y a tendance à l'accumulation de certains des médicaments normalement éliminés par le rein, ce qui peut provoquer des hypoglycémies particulièrement sévères et persistantes. En cas d'insuffisance rénale, une tendance consiste à accumuler des œdèmes, tendance qui peut être aggravée par certains des médicaments utilisés pour traiter le diabète.

En cas d'insuffisance rénale chronique, les guides de pratique suggèrent l'ajustement suivant selon la fonction rénale évaluée par la mesure de la créatinine dans le sang.

Insuffisance rénale sévère (eGFR inférieur à 30 ml/min)

- Metformine (Glucophage[MD]) : ne pas prescrire
- Diabéta (Glyburide[MD]) : contre-indiqué, à remplacer par le glicazide (Diamicron[MD]), le mobénol ou le repaglinide (Gluconorm[MD])
- Januvia[MD] : réduire la dose à 25 mg par jour ; Onglyza[MD] : réduire la dose à 2,5 mg par jour
- Trajenta[MD] : pas de modification de dose
- Victoza[MD] Byetta[MD] : ne pas prescrire
- Actos[MD] peut être prescrit, mais risque plus élevé de rétention sodée (œdème), une surveillance très étroite du poids et de l'essoufflement doit être effectuée.

Insuffisance rénale modérée (eGFR entre 30 et 50 ml/min)

- Glucophage[MD] (metformine) : diminuer la dose à 500 mg BID
- Diabéta[MD] (glyburide) : devrait être remplacé par Diamicron[MD] (gliclazide)
- Januvia[MD] : dose maximale, 50 mg par jour
- Onglyza[MD], dose maximale, 2,5 mg par jour ; Trajenta[MD], pas de modification de dose
- Victoza[MD] Byetta[MD] : pas de modification de dose
- Actos[MD] : pas de modification de dose, mais surveillance étroite de la rétention sodée en cas d'œdème et d'essoufflement